TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur M. SAVARIAUD
PROSECTEUR A LA FACULTÉ

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1901

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hopitaux de Paris, 1891.

Interne des hopitaux, 1892.

Aide d'anatomie, 1894.

Prosecteur a la Faculté, 1897.

Docteur en médecine, 1898.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'externat et d'internat.

Conférences d'anatomie et de médecine opératoire.

Chirurgie du tube digestif, 1898, 1899, 1900.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE

Suppléance du nerf radial par le nerf musculo-cutané. — *Bulletins de la Soc. anat.*, juin 1899, p. 575.

Le dessin, fait d'après la dissection et le croquis de mon ami Tanon, montre que c'est la branche cutanée du nerf radial qui est seule suppléée par le musculo-cutané. Il est à peine utile de

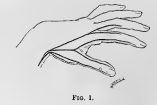


Fig. 1.

faire remarquer que ce sujet n'aurait pas présenté d'anesthésie de la main ou des doigts, à la suite d'une section du nerf radial.

Anomalie du tronc de l'artère radiale. — *Bull. Soc. anat.*, 1894, p. 45.

Un peu au-dessous du poignet, l'artère se divisait en deux branches qui cheminaient côte à côte et ne tardaient pas à se fusionner à nouveau en décrivant une boutonnière très allongée.

II. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Note sur deux cas de botryomycose chez l'homme (en collaboration avec Deguy). — *Soc. anat.*, avril 1901.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille qui avait vu

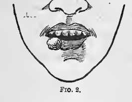


Fig. 2.

croître dans l'espace de quelques semaines et sans cause appa-





Fig. 3.

rente une petite tumeur pédiculée, recouverte d'un enduit pultacé,

grosse comme un pois sur le bord rouge de la lèvre supérieure (fig. 2).

Le deuxième cas a trait à un jeune homme qui, à la suite d'une entaille qu'il s'était faite avec un couteau, vit apparaître sur la face dorsale du pouce une sorte de bourgeon charnu, largement pédiculé et entouré d'une rigole circulaire rappelant un peu l'aspect d'une grosse papille caliciforme et du diamètre d'une pièce de 50 centimes (fig. 3).

Dans les deux cas, l'examen histologique et bactériologique faits



Fig. 4.

par mon collègue Deguy, montra qu'il s'agissait de botryomycose telle que l'ont décrite MM. Poncet et Dor dans leurs différents mémoires.

M. Deguy a fait suivre sa présentation de remarques très intéressantes. Pour lui, c'est à tort que les auteurs précédents ont assimilé ces sortes de tumeurs à une fibro-adénose sudoripare, ce qu'ils ont pris pour des tubes de glandes sudoripares n'étant que des vaisseaux de nouvelle formation (fig. 4). L'absence de glandes

sudoripares au niveau du bord rouge de la lèvre me semble un argument péremptoire en faveur de cette interprétation.

Enfin, au point de vue bactériologique, M. Deguy conteste la spécificité du microbe prétendu pathogène, le micrococcus botryogène que Rabe a décrit dans le champignon de castration du cheval. Ce botryocoque a la plus grande similitude avec le morocoque d'Unna, qui n'est lui-même qu'une variété de staphylocoque (Sabouraud). Ainsi donc, botryocoque, morocoque et staphylocoque ne seraient qu'un seul et même microbe sous des aspects un peu différents.

— ————

III. — CRANE

1º **Fracture du crâne par balle de revolver.** — *Bulletins de la Société anatomique*, novembre 1894, p. 775.

2º **Otite chronique. Abcès du cerveau. Phlébite du sinus. Résection de la jugulaire. Opération de Stacke. Trépanation par M. Broca.** — *Bulletins de la Société anatomique*, 1895, p. 550.

Il s'agissait d'un jeune homme admis à l'hôpital Bichat avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Les douleurs du côté de l'oreille, les phénomènes méningitiques firent porter le diagnostic de complication intra-crânienne d'origine otique et de thrombose de la jugulaire. M. Broca, appelé, découvrit au niveau du cou la jugulaire interne thrombosée. Le vaisseau, aplati, vide de sang, à parois fibreuses, recouvert par de nombreux ganglions, contenait une sorte de sanie où pullulaient toutes sortes de microbes. Le vaisseau fut lié aussi bas que possible, sa partie moyenne fut réséquée, le bout supérieur lavé et drainé. Du côté de la mastoïde, l'opération fut très laborieuse, l'os éburné se laissant entamer difficilement. L'antre pétreux, était si petit que M. Broca dut faire l'opération de Stacke au rebours et commencer par la caisse pour finir par l'antre pétreux. On borna là l'opération. La mort survint quelques heures plus tard, chez ce sujet épuisé. L'autopsie montra une carie de la caisse, une petite perforation du segment tympané avec un abcès sous-dural à cheval sur le bord supérieur du rocher, par conséquent envahissant la fosse cérébrale moyenne et la fosse cérébelleuse. En communication avec l'abcès sus-tympanique, il existait un abcès du lobe sphénoïdal gros comme une noix. La trépanation de l'écaille aurait permis de découvrir en un clin d'œil ces différentes collections.

IV. — ESTOMAC

De l'ulcère hémorrhagique de l'estomac et de son traitement chirurgical. — Thèse de doctorat, Paris, 1898.

Ce travail a été fait au moment où M. le professeur Dieulafoy fit une communication retentissante sur le traitement chirurgical des grandes hématémèses, principalement de celles qui sont dues à une érosion très superficielle de la muqueuse stomacale, à laquelle il a donné le nom d'exulceratio simplex.

Comme les interventions chirurgicales étaient en nombre très limité, je jugeai bon, pour élargir un peu le champ de la discussion, de passer en revue toutes les observations anciennes qui avaient été suivies d'autopsie.

Malgré le nombre peu considérable de cas publiés et bien que les observations eussent été prises à un point de vue différent du mien, j'ai pu, en les compulsant, arriver à un certain nombre de résultats intéressants, quelquefois même paradoxaux.

C'est ainsi que sur 47 cas, le quart environ auraient échappé à toute intervention par leur rapide dénouement, les malades étant apportés morts ou mourants à l'hôpital.

Dans la moitié des cas, on aurait eu grandement le temps d'intervenir, puisqu'il s'était écoulé 1 ou 2 septénaires, souvent plus, entre la première hématémèse et la mort.

Entre ces deux ordres de faits se placent les cas où il aurait fallu une grande rapidité de décision et d'action pour opérer avant le dénouement fatal.

Mais il ne suffit pas d'avoir le temps d'opérer, encore faut-il qu'on ne se heurte pas à des obstacles insurmontables tels que dimensions énormes de l'ulcère, adhérences inextricables... Sous

le rapport des dimensions, presque tous les ulcères étaient compris entre les dimensions d'une pièce de 50 centimes et celles d'une pièce de 5 francs. Ils n'échappaient donc pas de ce fait à l'action chirurgicale. Mais à côté de ces ulcères facilement visibles et tangibles, il y a les ulcères nains, l'ulcère au début, l'exulceratio simplex de M. le professeur Dieulafoy, si difficile à trouver, quand on ne sait pas la chercher, que 5 fois sur 15 les opérateurs ont passé à côté sans la voir. Enfin il y a les ulcères multiples, dont quelqu'un reste toujours inaperçu au cours d'une exploration ; il y a les ulcères mal placés, dans une zone difficilement accessible (cardia, duodénum).

Quand on compulse la liste des vaisseaux ulcérés, on est étonné de voir figurer à côté de la lésion d'artérioles innominées, des artères de moyenne importance comme la coronaire stomachique, la gastro-duodénale et des artères énormes comme l'artère splénique. 7 fois l'ulcération de la splénique a donné lieu à des hémorrhagies échelonnées dans un espace de deux à quinze jours, espace de temps plus que suffisant pour décider une intervention chirurgicale.

La perforation de l'aorte dans un cas n'a déterminé la mort que dix jours après la première hématémèse ; l'ulcération d'un ventricule a permis une survie de trois jours.

Comment expliquer ces cas ? Est-ce par la formation d'un caillot qui aurait formé bouchon jusqu'à ce qu'il soit digéré par le suc gastrique ? Est-ce que la première hémorrhagie provenait non pas de la grosse artère mais d'un petit vaisseau placé devant elle ? Le seul fait à retenir, c'est qu'un chirurgien peut avoir à lutter contre l'hémorrhagie d'une artère énorme comme le tronc de la splénique. Le cas se rencontrera rarement selon toute probabilité, mais il faut être prévenu de sa possibilité.

Si nous abordons le chapitre de la clinique, nous nous trouvons aux prises avec des difficultés de diagnostic souvent considérables. L'ulcère peut être latent ; la fameuse douleur en broche peut manquer ou se réduire à une gastralgie plus ou moins vague. Dès lors, comment affirmer, en présence d'un malade exsangue et

à demi comateux qu'on a bien affaire à un ulcère et non pas à une autre cause d'hémorrhagie stomacale, érosions hémorrhagiques, rupture d'anévrysmes, gastrorrhagies en nappes symptomatiques d'une cirrhose débutante? Bien plus, alors même que le malade répond bien aux questions, se laisse bien examiner, ne voyons-nous pas un clinicien éminent s'y tromper? Un malade de M. Millard offrait au grand complet les signes de l'ulcère ; il était présenté comme tel à tous ceux qui visitaient le service ; il était entré 5 fois à l'hôpital à cause d'hémorrhagies très abondantes et il succomba à la dernière. C'était un beau cas de rupture de varices œsophagiennes. Mais, dira-t-on, ce sont là des cas exceptionnels, et ordinairement, de part le passé du malade, le diagnostic s'impose.

Nous voici donc en présence d'une hémorrhagie due à un ulcère bien authentique. L'hémorrhagie est-elle curable par les moyens médicaux ou l'intervention chirurgicale est-elle seule capable de la maîtriser? Question presque impossible à résoudre d'une façon catégorique. M. le professeur Dieulafoy croit pouvoir donner comme règle que toutes les fois qu'un malade vomit d'un seul coup un demi-litre, un litre, surtout si les hémorrhagies se répètent une deuxième, une troisième fois en vingt-quatre heures, ce malade succombera presque fatalement, s'il n'est pas opéré à temps. Cette règle a pour elle le mérite d'une grande simplicité; mais ainsi formulée, n'est-elle point dangereuse? N'expose-t-elle pas à des victoires inutiles et à des désastres évitables? Les succès opératoires ont été si rares, et, d'autre part, la *diète absolue* a donné des succès si nombreux, que je n'hésite pas à conseiller l'essai loyal du traitement médical. Les médecins prétendent même que l'anémie post-hémorrhagique, diminuant sans doute l'acidité du suc gastrique, favorise la cicatrisation de l'ulcère.

Mais il est bien évident que plus on se familiarisera avec la chirurgie de l'estomac et plus on deviendra interventionniste. L'hémorrhagie menaçante constituera une indication à opérer d'urgence.

Cherchons donc à perfectionner la technique opératoire.

Apprenons à explorer tous les recoins de la muqueuse gastrique, puisqu'il est si facile de passer à côté d'une exulcération sans la voir.

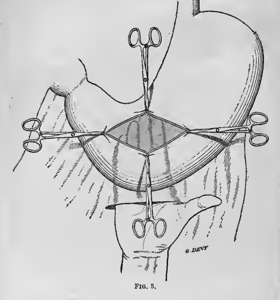


FIG. 5.

Pratiquer une exploration de toute la face interne de l'estomac sans contaminer le péritoine, voilà le but. Pour y arriver, j'ai donné quelques conseils que les figures ci-jointes feront, je crois, mieux comprendre.

L'estomac est d'abord exploré extérieurement, et si cet examen ne révèle rien, on procède à une large gastrotomie exploratrice. Avant d'inciser l'estomac, on le ponctionne comme un kyste de

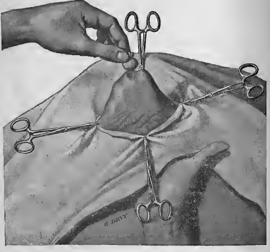


Fig. 6. — Retournement de l'estomac.

l'ovaire et on aspire son contenu (Terrier). Sitôt l'estomac incisé, les lèvres de la section sont saisies avec des pinces et fixées à une compresse fendue pour éviter l'écoulement du contenu stomacal dans le péritoine. Puis, afin d'éverser la muqueuse stomacale sans être obligé de la saisir avec les doigts, ce qui les contaminerait pour le reste de l'opération, j'ai conseillé de passer une main en arrière de l'estomac dans l'arrière-cavité des épiploons, à travers

un trou fait au ligament gastrocôlique (fig. 5). On présente ainsi successivement à l'opérateur tous les points de la muqueuse

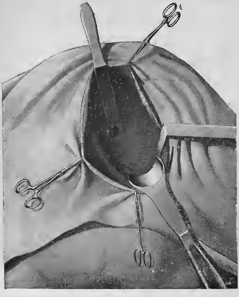


FIG. 7. — Exploration du cardia.

stomacale. Rien n'est alors plus facile à traiter que la petite exulcération dont parle M. le professeur Dieulafoy (fig. 6).

Pour montrer la région du cardia, je conseille l'emploi d'écarteurs introduits dans la cavité stomacale, l'un soulevant le lobe

gauche du foie, l'autre réclinant le rebord costal gauche (fig. 7).

Enfin, pour explorer la première portion du duodénum, j'ai décrit et fait figurer un retournement de cet intestin (fig. 8), manœuvre rendue pénible par suite des adhérences normales du duodénum au pancréas; aussi vaudrait-il mieux, pour explorer le duodénum

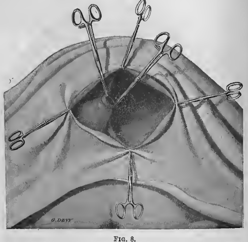


FIG. 8.

de visu, fendre cet intestin longitudinalement et terminer par une pyloroplastie.

L'ulcère trouvé, il faut encore le traiter, de préférence par l'excision, et comme pis aller par la thermo-cautérisation, par le grattage, la filopressure, la ligature des artères qui s'y rendent (fig. 9).

Mais il n'y a pas que les hémorrhagies aiguës mettant immé-

diatement la vie du malade en danger, il y a aussi les hémorrhagies chroniques qui empêchent l'alimentation du malade et entraînent la cachexie. Contre ces dernières, il n'est point nécessaire de

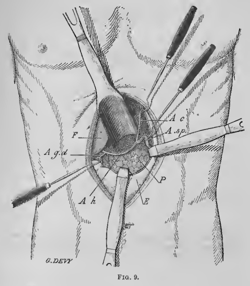


Fig. 9.

s'adresser directement à l'ulcère. La gastro-entérostomie, opération bénigne, facile, toujours semblable à elle-même, met l'estomac au repos et amène la cicatrisation de l'ulcère. Toutefois cette action hémorrhagique de la gastro-entérostomie n'est pas instantanée et ce serait s'exposer à de gros déboires que de traiter par ce moyen les hémorrhagies aiguës.

V. — INTESTIN

Fistule vésico-intestino-abdominale. — In thèse du Dr Pascal, Paris, 1900.

Cette observation très intéressante concerne une femme de 40 ans qui, à la suite de la rupture d'une suppuration pelvienne ouverte spontanément au-dessus de l'arcade crurale, présentait une fistule donnant issue à des matières glaireuses et à des gaz. Cette malade présentait en outre de la pneumaturie sans cystite bien considérable. L'insufflation du gros intestin donnait lieu à un dégagement des bulles d'air dans la vessie. Le diagnostic porté fut : fistule vésico-intestino-abdominale. La laparotomie, rendue très difficile en raison des adhérences, me montra que la communication entre la vessie et l'intestin se faisait par l'intervention d'une poche salpingienne qui s'ouvrait d'autre part à la paroi.

Pincement latéral de l'intestin dans une hernie ombilicale. Kélotomie. Accidents tardifs d'occlusion intestinale. Entérectomie. Guérison. — *Gaz. hebd.*, avril 1901.

Cette observation a trait à une malade du service de M. Reclus qui, peu de temps après la cure radicale d'une hernie ombilicale étranglée, présenta des signes d'occlusion chronique, caractérisée par des coliques et des vomissements après les repas, constipation opiniâtre et fièvre. L'existence de la fièvre et la perception d'un plastron m'avaient fait penser à de l'épiploïte suppurée. En réalité il n'y avait pas d'épiploïte, aucune ligature n'ayant été posée sur

l'épiploon, ainsi que je l'appris plus tard. L'opération montra l'existence d'un abcès pelvien et de nombreuses adhérences disséminées dans l'abdomen. Au cours de la libération de ces adhérences, l'intestin grêle, très friable, fut rompu et je dus pratiquer l'entérectomie. L'abcès pelvien fut drainé au-dessus du pubis. Sitôt après l'opération, cessation de la fièvre et des phénomènes d'étranglement. A quoi attribuer ces accidents? L'hypothèse la plus probable est que lors de la kélotomie on avait réduit un intestin sphacélé. Une petite perforation a dû se produire quelques jours après et donner lieu à la péritonite localisée qui a causé l'obstruction. Ce qui rend légitime cette hypothèse, c'est qu'il s'agissait d'un pincement latéral, l'intestin ayant fui dans l'abdomen dès l'ouverture du sac et n'ayant pu par conséquent être examiné par l'opérateur.

Atrésie congénitale de l'intestin chez un nouveau-né. Laparotomie. Anus artificiel. Autopsie. — In thèse du Dr Collet, Paris, 1900.

Il s'agit d'un nouveau-né opéré d'urgence par M. le professeur agrégé Broca à l'hôpital Trousseau, alors que nous faisions auprès de lui fonction d'interne. Cet enfant fut opéré quatre jours après la naissance, n'ayant pas rendu de méconium et vomissant tout ce qu'il prenait. L'anus était bien conformé et une sonde molle pouvait s'enfoncer assez loin dans le rectum... L'enfant était très bien constitué par ailleurs. La laparotomie montra que l'intestin grêle, très dilaté dans sa portion supérieure, se continuait insensiblement avec des anses de calibre de plus en plus réduit, jusqu'à égaler à peine le volume d'un porte-plume, et de consistance absolument dure. Établissement d'un anus sur une anse dilatée.

L'autopsie montra que l'anus n'avait pas fonctionné et que tout l'intestin était rempli de méconium verdâtre, visqueux et très adhérent dans les parties supérieures, absolument décoloré et dur comme du mastic desséché dans ses parties inférieures. L'intestin était infun-

dibuliforme et diminuait progressivement de volume du duodénum et des premières anses jéjunales qui étaient normales jusqu'à la valvule iléo-cæcale qui admettait à peine la sonde cannelée. Le gros intestin n'avait pas plus de 5 millim. et la substance qui le remplissait était tellement desséchée qu'il a fallu trois jours de macération anatomique pour arriver à lui donner une consistance liquide. En aucun endroit il n'y avait d'oblitération complète.

VI. — HERNIES

1° **Hernie ombilicale avec sac propéritonéal.** *Bul. Soc. anat.*, 1893, p. 161.

2° **Hernie de l'S iliaque par glissement. Procédé nouveau de cure radicale (procédé par retournement)** (avec la collaboration du Dr Pascal). — *Bull. de la Soc. anat.*, août 1900, p. 772.

Ce cas intéressant a été observé sur un sujet de l'École pratique. Il s'agissait d'une hernie inguinale oblique, externe, qui s'était faite à côté du cordon; c'était, par conséquent, une hernie acquise. L'S iliaque descendait jusqu'au fond des boursea. La paroi antérieure du sac était dépourvue de vaisseaux. La paroi postérieure contenait lea vaisseaux sigmoïdes entre le péritoine et le fascia propria qui doublait le sac (fig. 10).

Il n'y avait donc pas à songer à réséquer le sac. La réaection de sa paroi postérieure aurait intéressé les vaisseaux nourriciers et par suite déterminé la gangrène de l'intestin. La résection do la paroi antérieure n'aurait réussi qu'à rétrécir encore plus le sac et à couder encore plus l'intestin. Après avoir recousu le sac, je pris le parti de le coucher parallèlement à l'arcade dans le tissu sous-péritonéal. Je débridai largement la paroi et je la reconstituai par-dessus. Mais je n'étais pas content de mon opération; je n'avais, en somme, fait que transformer une hernie apparente en une hernie cachée, plus dangereuse peut-être que la première. C'est alors que mon ami le Dr Pascal, aide d'anatomie, me donna le conseil de refouler le fond du sac dans l'abdomen. Le résultat fut merveilleux; la réduction se fit très facilement, grâce à la dissection préalable du sac jusque dans la fosse iliaque. J'ouvris alors l'abdomen pour voir dans quel état se trouvait l'intestin. Tout avait repris sa place, l'S iliaque flottait au bout do son méso. La paroi antérieure du sac était devenue le feuillet antérieur du méso. La paroi

postérieure du sac contenait les vaisseaux sigmoïdes et formait la lame postérieure du méso (fig. 11).

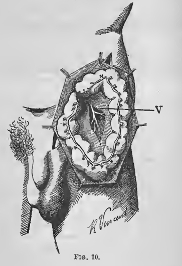


Fig. 10.

La série des schémas ci-joints (fig. 12) est destinée à faire com-



Fig. 11.

prendre la formation de la hernie et le mécanisme de la réduction. Le schéma 1 représente la disposition normale de l'S iliaque. Le schéma 2 est une disposition rare. Le schéma 3 représente l'amorce

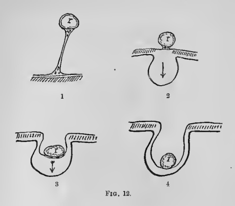


Fig. 12.

de la hernie. Le schéma 4, la hernie descendue au fond des bourses (fig. 12).

La réduction consistera à faire passer successivement la herne-dans les positions 4, 3, 2 et 1.

En somme, elle revient à faire franchir en sens inverse à la hernie les étapes qu'elle a primitivement parcourues.

3° **Coexistence chez le même sujet de deux hernies crurales et de deux hernies obturatrices. Hernie du cæcum derrière le fascia iliaca.** — *Cull. de la Soc. anat.*, juin 1899, p. 573.

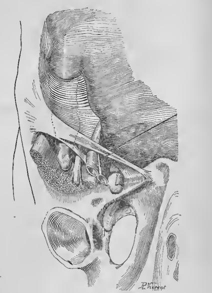


FIG. 13. — La hernie du cæcum derrière le fascia iliaca est figurée en pointillé et sort au-dessous de l'arcade. Elle est dépourvue de sac et presque entièrement graisseuse ainsi que les hernies crurales et obturatrices.

4° **Nouveau procédé de cure radicale des hernies ombilicalea (procédé par doublement).** — Présenté à la *Soc. de chirurgie*, le 5 mars 1901 (M. Hartmann, rapporteur).

Les premiers opérateurs qui ont pratiqué la cure radicale se sont contentés, après avoir lié le sac, de placer quelques fils sur l'orifice sans l'aviver. Ceux qui les ont suivis ont avivé l'orifice d'une manière plus ou moins large. Puis d'avivement en avivements, on en est venu (Condamin) à exciser toute la ligne blanche qui entoure l'anneau et à ouvrir la gaine des muscles droits dès le début de l'opération (omphalectomie). On suture ensuite à trois plans comme dans une laparotomie ordinaire. Excellent procédé qui met en contact les muscles droits, les empêche de s'écarter, mais qui demande, pour être employé, une paroi complaisante, c'est-à-dire assez large pour se prêter à cette excision. Lorsque la hernie très volumineuse a perdu droit de domicile, a élargi l'anneau à l'excès, a produit une diastasis très marquée des muscles droits, la moindre omphalectomie est une aggravation du mal.

Lorsqu'on veut ramener au contact les deux muscles, tout déchire sous la traction des fils. M. Lucas-Championnière a eu le mérite d'y insister. Le régime de diète et de purgations qu'il impose à ses malades pour diminuer le contenu de leur abdomen est souvent insuffisant. Il est en tous les cas inapplicable lorsque la hernie est étranglée. Les reproches adressés par M. Lucas-Championnière à l'omphalectomie s'adressent également au procédé de mon maître, M. Quénu. Dans ce procédé, après ouverture de la gaine des droits sur leur bord interne, il peut être impossible, lorsque la hernie a un pédicule très large ou siège au-dessus de l'ombilic, d'exécuter les deux plans de sutures aponévrotiques destinés à reconstituer la gaine. Seul le plan postérieur reste praticable.

Le procédé de M. Lucas-Championnière, qui consiste à suturer les bords de l'orifice herniaire et à l'invaginer par un deuxième et quelquefois un troisième plan de sutures à la Lembert ne me paraît pas exécutable, ou bien difficilement exécutable dans les cas visés.

Mon procédé m'a permis de mener à bien et très rapidement en ce qui concerne la réfection de la paroi, deux cures radicales de



Fig. 14.

hernies étranglées, malgré le volume de la hernie, malgré la largeur du pédicule, la diastasis des muscles droits, le ballonnement du

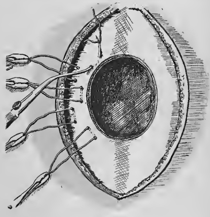


Fig. 15.

ventre, la tension de la paroi et l'adipose extrême des opérées.

Le principe de mon procédé est le chevauchement des deux lèvres de l'orifice herniaire. Chevauchement exécuté pour la hernie inguinale par M. Lucas-Championnière, pour la hernie ombilicale par M. Hartmann. Pour maintenir ce chevauchement, j'ai recours à deux rangées de sutures en capiton qui maintiennent

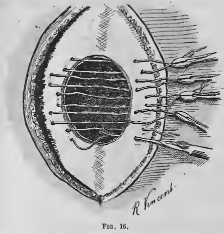


Fig. 16.

superposés les deux bords de l'orifice (fig. 14). Ces sutures en capiton sont deux rangées de fils en U alternant d'une façon régulière de façon à ne laisser entre eux aucun interstice. On commence par placer les anses d'un côté (le côté gauche sur la figure 15), puis passant du côté opposé on va chercher avec l'aiguille de Reverdin les bouts de toutes les anses en faisant sortir loin de l'orifice les anses du 1er rang et près de l'orifice les anses du 2e rang (fig. 16).

Lorsque ce premier temps est terminé (il ne reste plus qu'à

nouer les anses, d'abord celles du premier rang, ce qui fait chevaucher la lèvre gauche sous la droite, puis celles du 2e rang, qui viennent consolider les premières (fig. 17). On obtient ainsi le résultat cherché, c'est-à-dire l'adossement des deux lèvres et leur maintien par deux rangées de sutures en capiton.

Les fils en U, prenant point d'appui par le plein de leur anse sur

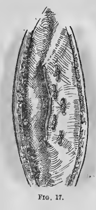


Fig. 17.

les fibres transversales et obliques de la ligne blanche, ont beaucoup plus de puissance et risquent beaucoup moins de déchirer les tissus que les points entrecoupés qui ne prennent appui que sur les fibres obliques (je ne parle pas des fibres verticales, car elles n'existent qu'aux deux extrémités de la ligne blanche, près du pubis et de l'appendice xiphoïde).

La première rangée de fils en U donne déjà une solidité respectable, mais lorsqu'on vient à serrer les anses de la deuxième rangée, on a la sensation d'une solidité à toute épreuve.

VII. — MEMBRES

1° Un cas de synovectomie pour arthrite ostéomyélitique du genou. Guérison avec ankylose. — *Revue d'orthopédie*, avril 1901.

Cette observation a trait à une jeune fille de 17 ans qui fut prise de symptômes d'arthrite du genou et entra dans le service de M. Reclus. Malgré une trépanation du fémur et une large arthrotomie, la fièvre mit plus de six semaines à tomber. Au bout de ce temps, l'état local et l'état général étaient si graves que certains parlaient d'amputer la cuisse. L'ablation totale de la synoviale articulaire fut suivie d'un excellent résultat. Au bout de trois mois, la malade parcourait à pied les salles. Mais le foyer d'ostéite n'est pas éteint et il reste une fistule.

Les cas de synovectomies sont rares en dehors de la tuberculose et notre cas serait le premier en ce qui concerne l'arthrite ostéomyélitique. Dans notre travail, nous comparons les résultats que peuvent fournir en pareille matière l'arthrotomie, la synovectomie et la résection.

2° Résection tibio-tarsienne pour ostéomyélite traumatique. Résultat éloigné. — Présentation à la *Soc. de chir.*, le 12 mars 1901. (Rapport de M. Nélaton.)

Cette observation a trait à un malade du service de M. Reclus, auquel mon maître avait tenté de conserver le pied à la suite d'une fracture compliquée ouvrant l'articulation tibio-tarsienne. Grâce à l'embaumement du membre pratiqué suivant les règles établies par M. Reclus, cet homme conserva son pied, mais sept

mois après l'accident, la région, d'aspect éléphantiasique, était criblée de fistules, les os étaient ramollis par la carie et la consolidation n'était pas plus avancée qu'au premier jour. J'ouvris largement l'ancien foyer de fracture et je réséquai tout ce qui était fongueux, carié, friable, c'est-à-dire l'astragale avec 8 centim. des os de la jambe, en tout 9 à 10 centim. Au bout de trois mois l'opéré quittait l'hôpital.

Actuellement, grâce à une bottine à talon élevé et à un appareil à tuteurs latéraux, il peut gravir sans fatigue 60 étages. La radiographie montre une reproduction du péroné eur une hauteur de 3 centim. et de la malléole interne sur une très faible hauteur. Malgré cette inégalité dans le développement des deux os de la jambe, le péroné étant descendu sur la face externe du calcanéum, il n'y a qu'une très faible tendance au varus.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE